

Autorización para divulgación de información del HMIS CT

Depende de usted si firmar esta planilla o proporcionar su consentimiento verbal. La información que nos permita divulgar podría ser divulgada luego por el destinatario, y si esa persona u organización no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, la información ya no podrá ser protegida por las regulaciones federales de privacidad. Su decisión, tanto de llenar esta planilla, o dar su consentimiento verbal, no afectará su elegibilidad para beneficios, tratamientos, pagos o inscripción en otros servicios. El consentimiento por escrito

- El Sistema de Información de Gestión de Personas sin Hogar de Connecticut (CT HMIS) es un sistema compartido, esto significa que las agencias participantes autorizadas del CT HMIS ingresarán su información en la base de datos de ésta. Las agencias participantes tendrán acceso a la información que se ingresa en HMIS. Compartir sus datos permite a los proveedores de servicios ver si tienen servicios de vivienda que se ajusten a sus necesidades. Esto no garantiza que usted recibirá vivienda. El tipo de información recopilada en el sistema incluye información de identificación básica sobre usted y cada miembro de su hogar (incluyendo nombre, SSN, fecha de nacimiento, sexo, raza, etnia, información del hogar, número de teléfono, estado de veterano militar, números de teléfono y estado de discapacidad). La información ingresada en HMIS puede incluir información sobre su salud física y mental, incluidos antecedentes de abuso de sustancias o VIH/SIDA; si actualmente está recibiendo servicios o tratamiento; y referencias para servicios y vivienda por parte de las agencias participantes.

**Se adjunta una lista de las agencias participantes que tendrán acceso a su información. Para ver una lista de dichas agencias, visite este sitio web: [Participating Agencies](#) y haga clic en el enlace "CT HMIS-Lista de agencias participantes" en la sección "Otros documentos". Se realizan enmiendas y/o cambios a esta lista de vez en cuando. Puede solicitar una copia impresa actualizada de La HMIS System Administrator at [help@nutmegit.com](mailto:help@nutmegit.com) en cualquier momento.**

**NOMBRE (APELLIDO Y PRIMER NOMBRE): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_**

Yo autorizo, ya sea verbalmente o por escrito, a las agencias mencionadas anteriormente a ingresar mi información descrita previamente en el CT HMIS, y a acceder a mi información almacenada allí con el fin de garantizar una coordinación efectiva de los servicios. La información ingresada o accedida desde CT HMIS no se utilizará de ninguna manera para diagnosticar o tratar ninguna condición de salud física o mental.

- Entiendo que mi información puede ser utilizada para investigación, evaluación y defensa de los derechos. Esto puede incluir proyectos de investigación que buscan satisfacer mis necesidades con otras agencias o programas que pueden ayudar a proporcionar vivienda, administración de casos u otros servicios relacionados con la salud y/o la falta de vivienda. Siempre estaré protegido por las leyes de privacidad federales y estatales. Mi identidad personal nunca formará parte de ningún informe de investigación.
- Un representante del/a **\*\*NOMBRE DE LA AGENCIA\*\*** me ha explicado mis derechos con respecto al Proyecto CT HMIS y me ha dado una copia escrita de la explicación.
- Esta divulgación de información cubre, adicionalmente, a todos los miembros menores del hogar que acceden a los servicios.
- Puedo pedir ver un documento que enumere a las personas que han actualizado mi registro de cliente en el CT HMIS. Si tengo alguna inquietud sobre cómo se utilizan o ingresan mis datos personales en la base de datos de CT HMIS, puedo comunicarme con

Autorización para divulgación de información del HMIS CT  
**\*\*PERSONA DE CONTACTO DE LA AGENCIA DESIGNADA\*\***

Entiendo que, si necesito asistencia para personas sin hogar en el futuro, se me pedirá que complete este formulario de consentimiento nuevamente.

***AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE***

Toda o parte de esta información puede haber sido revelada a usted de registros protegidos por la ley federal y/o estatal de Connecticut que le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitido por dichas leyes. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Además, las reglas federales (42 C.F.R. Parte 2) restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

Entiendo que este formulario expirará dos años después de la fecha en que lo firmé. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento; sin embargo, entiendo que revocarla no puede cambiar nada sobre las divulgaciones de información que ya han ocurrido.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Revised 09/24/2024

Autorización para divulgación de información del HMIS CT

**Nota: Si usted es tutor o representante legal, debe adjuntar una copia de su autorización legal para representar al miembro y completar lo siguiente:**

Firma del tutor o representante legal: \_\_\_\_\_

Nombre legible: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autoridad legal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo de la Agencia

\_\_\_\_\_  
Nombre legible

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional sobre este formulario, comuníquese con la HMIS System Administrator at [help@nutmegit.com](mailto:help@nutmegit.com) en cualquier momento.

**If you have any questions or need additional information regarding this form please contact the HMIS System Administrator by submitting a support ticket at [help@nutmegit.com](mailto:help@nutmegit.com).**

**To view the agencies currently participating in HMIS please visit our list of [Participating Agencies](#)**

Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional sobre este formulario, comuníquese con el HMIS System Administrator at [help@nutmegit.com](mailto:help@nutmegit.com) en cualquier momento.

Agencias que participan en el CT HMIS a partir del 09/24/2024

Revise la lista más actualizada visitando este sitio web: [Participating Agencies](#) y haga clic en el enlace "CT HMIS-Lista de agencias participantes" en la sección "[Resources](#)".

---